

CENTRE D'EXAMENS DE SANTÉ DE STRASBOURG

CENTRE DE SANTÉ M.G.E.N. - 4, Place du Pont aux Chats - 67085 STRASBOURG CEDEX - Tél. 03 88 21 14 68

Nom : Prénoms : Né(e) le :

Questionnaire destiné aux personnes de plus de 16 ans

A REMPLIR AVEC L'AIDE DU PERSONNEL DU CENTRE SI NECESSAIRE

Pourquoi ce questionnaire

Certaines questions relatives à votre mode de vie peuvent vous sembler éloignées des problèmes de santé. Cependant, l'évolution générale de la santé au cours des dernières décennies a été largement déterminée par l'environnement, la situation sociale, les habitudes de vie. L'examen de santé serait incomplet s'il ne prenait pas en compte l'existence de ces facteurs. Nous vous demandons donc de répondre le plus spontanément et le plus complètement possible à l'ensemble de ces questions. Il faut environ 10 à 15 minutes pour remplir ce questionnaire.

Comment remplir ce questionnaire

- Pour la plupart des questions, vous trouverez des petites cases Vous répondez en faisant une croix dans une case
- Exemple : Mme Melle Mr
- Sauf indication contraire, vous cochez une case et une seule, celle qui vous semble le mieux correspondre à votre situation
- Dans quelques cas, la réponse est un nombre à indiquer dans des cases

Remplissez la case en cadrant à droite

Exemple : Date de naissance / /

Informatique et libertés

Nous vous rappelons que vos réponses n'ont pas de caractère obligatoire. Conformément à l'article 27 de la loi "Informatique et Libertés" n° 78-17 du 6 janvier 1978, un exemplaire du dossier médical constitué à l'issue des différents examens, vous sera remis personnellement et au médecin de votre choix. Par ailleurs, vous aurez la faculté de demander la rectification d'informations erronées ou la suppression de tout ou partie des informations dont vous ne souhaitez pas la conservation par le Centre d'examens de santé.

En cas de problème, informez-vous directement au

Centre d'examens de santé

4, Place du Pont aux Chats
67085 STRASBOURG CEDEX
Tél. 03 88 21 14 68
Fax 03 88 24 08 06

Etat de santé actuel (suite)

- Toussez-vous ou crachez-vous presque tous les jours, trois mois de suite chaque année depuis au moins 2 ans ? oui non
- Avez-vous des troubles du sommeil ? oui non
- Votre entourage vous a-t-il fait remarquer que vous aviez des troubles de la mémoire ? oui non
- Avez-vous noté au niveau de la peau des boutons ou des croûtes qui ne guérissent pas, ou un changement d'aspect d'un grain de beauté ? oui non
- Votre poids est-il :
- stable ? oui non
- en hausse ? oui non
- en baisse ? oui non
- de combien ? (au cours des 6 derniers mois) :
- Avez-vous des difficultés récentes pour avaler particulièrement le pain ou la viande ? oui non
- Vos selles se sont-elles modifiées récemment (constipation, diarrhée, alternance) ? oui non
- Avez-vous du sang dans les selles, ou saignez-vous de l'anus ? oui non
- Avez-vous une gêne pour uriner ou vous levez-vous plusieurs fois la nuit pour uriner ? oui non
- Au cours de l'entretien médical, souhaitez-vous que soient évoquées des questions relatives à votre sexualité ? oui non

Hommes :

- Avez-vous noté une augmentation récente de volume d'un testicule ? oui non

Femmes :

- Etes-vous suivie régulièrement 1 fois par an sur le plan gynécologique ? oui non
- Etes-vous ménopausée ? oui non
- Si oui, avez-vous un traitement hormonal de la ménopause ? oui non

Utilisez-vous une méthode de contraception ?

- Si oui, cochez la case correspondante
- stérilet
- préservatif
- pilule
- ligature des trompes
- autre méthode
- Avez-vous eu un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus depuis moins de 3 ans ? oui non
- Avez-vous été traitée ou opérée pour maladie gynécologique ? oui non
- Avez-vous effectué une mammographie dans les 2 dernières années ? oui non
- Au cours de ces derniers mois, avez-vous remarqué dans vos seins une grosseur même de petit volume ? oui non
- Avez-vous remarqué un écoulement du mamelon ? oui non
- Etes-vous enceinte ? oui non
- Avez-vous des saignements en dehors des règles ? oui non
- Etes-vous gênée par des pertes blanches abondantes ? oui non
- Perdez-vous parfois vos urines lorsque vous tousssez ou à l'effort ? oui non

Hommes et Femmes

- Etes-vous suivi(e) ou traité(e) pour une ou plusieurs affections ? oui non
- Si oui, laquelle (lesquelles) :
- Quels médicaments prenez-vous ?

Veillez indiquer ici ce que vous désirez voir pris en considération par le médecin du Centre, et qui ne figure pas dans le questionnaire précédent.

.....

.....

.....

.....

.....

N'oubliez pas d'apporter les éléments médicaux en votre possession (compte-rendus des radios ou opérations éventuelles, électrocardiogrammes, dernières analyses, carnet de santé). Si vous êtes déjà venu et que vous avez conservé les résultats de radio et ECG, veuillez les rapporter ainsi que le précédent dossier.

Date et signature

Mme Melle Mr

NOM - Prénom : _____ / _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Votre numéro de téléphone :

Votre dossier vous sera toujours remis ou envoyé.
Si vous souhaitez qu'il soit transmis en plus à certains médecins, indiquez les destinataires :

- médecin traitant :

.....

.....

.....

- autres (médecin du travail) :

.....

.....

.....

Nombre d'exams de santé précédents :

• Votre qualité :

Assuré

Conjoint

Enfant

Autre

• Comment avez-vous eu connaissance du Centre d'exams de santé ?

- par une invitation de la Caisse primaire d'assurance maladie

- par d'autres organismes sociaux ? (CAF, Assedic...)

- par des travailleurs sociaux

- par un médecin

- par d'autres moyens

• Rencontrez-vous parfois un travailleur social (assistante sociale, éducateur, ...)?

oui non

Etat de santé

Compte tenu de votre âge, veuillez indiquer par une note comprise entre 0 et 10 votre état de santé tel que vous le ressentez (entourez la note choisie)

_____ *très mauvaise santé* | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | *très bonne santé*

Boissons alcoolisées

• Prenez-vous des boissons alcoolisées (vin, bière, cidre, apéritifs, digestifs) ?



- jamais

- rarement (moins d'une fois par semaine)

- régulièrement : certains jours de la semaine (par exemple le week-end)

tous les jours de la semaine

Il y a autant d'alcool dans chacun de ces verres

10 cl de vin ou 25 cl de bière 7 cl d'apéritif 2,5 cl d'alcool fort à 45°
champagne à 12° à 5° à 18°

• A combien estimez-vous le nombre de verres de vin + bière + cidre + apéritif + digestif

- que vous prenez habituellement tous les jours ?

- que vous prenez un jour de week-end ou de fête ?

• Au cours de la semaine écoulée, avez-vous consommé au moins une fois :

- du vin ? oui non

- de la bière ou du cidre ? oui non

- un apéritif ou un digestif ? oui non

• Si vous ne prenez pas de boissons alcoolisées, est-ce parce que vous avez cessé d'en prendre? oui non

Antécédents familiaux (les questions suivantes concernent vos PERE, MERE, FRERES, SOEURS uniquement)

• L'un d'entre eux (ou plusieurs) a-t-il eu ?

- une hypertension artérielle oui non

- un infarctus du myocarde oui non

- un diabète oui non

- un cancer de l'intestin ou du rectum oui non

- un cancer du sein oui non

Antécédents personnels (vous-même)

• Un médecin a-t-il signalé que votre tension artérielle était élevée ? oui non

• Avez-vous eu des problèmes cardiaques ? oui non

Si oui, cochez lequel : - infarctus

- araigne de poitrine

- autre

• Avez-vous eu de l'asthme ? oui non

• Avez-vous été soigné pour un cancer ? oui non

• Avez-vous eu des polypes à l'intestin ? oui non

• Avez-vous passé une coloscopie au cours des 5 dernières années ? oui non

• Avez-vous été traité pour une affection de la glande thyroïde ? oui non

• Avez-vous eu des crises épileptiques ou des convulsions ? oui non

• Avez-vous été traité pour une dépression ? oui non

• Vous a-t-on déjà signalé un taux anormal dans le sang de :
- cholestérol ? oui non

- triglycérides ? oui non

- sucre ? oui non

• Avez-vous ? oui non

- été transfusé avant 1991 oui non

- donné du sang ces 3 derniers mois oui non

• Avez-vous eu une maladie sexuellement transmissible ? oui non

Si oui, laquelle ?

• Avez-vous déjà bénéficié d'un test de dépistage ? oui non

- du SIDA oui non

- de l'hépatite C oui non

Si oui, à quelles dates ?

• Avez-vous eu un tatouage ou un piercing ? oui non

• Avez-vous déjà utilisé des drogues par voie intraveineuse ou nasale ? oui non

• Si vous avez subi des interventions chirurgicales, indiquez lesquelles

.....

Etat de santé actuel

• Quelles sont les vaccinations que vous avez réalisées depuis moins de 10 ans ? (merci d'apporter votre carnet de vaccinations)

- Polio oui non ne sait pas

- Tétanos oui non ne sait pas

- Hépatite B oui non ne sait pas

• Avez-vous des douleurs dans la poitrine (essoufflement à l'effort) ? oui non

• Etes-vous asthmatique ? oui non

Tabac

• Etes-vous ?

1 - non fumeur

2 - fumeur actuel

3 - ex-fumeur

• Si vous êtes fumeur actuel, indiquez :
- le nombre de cigarettes fumées par jour

- depuis combien d'années vous fumez

- si vous êtes fumeur de pipes ou de cigares oui non

• Si vous avez cessé de fumer, indiquez :
- le nombre de cigarettes que vous fumiez par jour

- la durée du tabagisme (en années)

- depuis combien d'années vous avez cessé de fumer

Mode de vie

• Vivez-vous en couple ? oui non

• Quel est votre niveau d'études ?

- ne sait pas lire ou écrire le français

- sans diplôme

- certificat d'études primaires seul

- CAP, BEP, certificat de fin d'apprentissage, BEPC, brevet des collèges

- baccalauréat de l'enseignement général, professionnel, de technicien, brevet de technicien

- diplôme du 1^{er} cycle universitaire, DUT, BTS

- diplôme équivalent au moins au 2^{ème} cycle universitaire : licence, maîtrise, école d'ingénieur, etc...

• Etes-vous propriétaire de votre logement (ou accédant à la propriété) ? oui non

• Y-a-t-il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières à faire face à vos besoins (alimentation, loyer, EDF ...) ? oui non

• Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? oui non

• Quel est votre niveau habituel d'activité physique non professionnelle ?

- peu d'activité physique

- une activité modérée (1h de marche par jour ou équivalent)

- une activité intense (sport de compétition)

• Etes-vous allé au spectacle (cinéma, théâtre ...) au cours des 12 derniers mois ? oui non

• Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? oui non

• Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille (autres que vos parents ou vos enfants) ? oui non

• En cas de difficulté (financière, familiale, de santé...), y-a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour ?

- vous héberger quelques jours en cas de besoin oui non

- vous apporter une aide matérielle (y compris un prêt) oui non

Eléments socio-professionnels

• Avez-vous un emploi stable ? oui non

• Si vous travaillez, quelle est votre profession ?

• Si vous ne travaillez pas, êtes-vous ? (1 seule réponse) :

- jeune en cours de formation

- à la recherche d'un premier emploi

- chômeur de moins de 6 mois

- chômeur de plus de 6 mois

- allocataire du RMI

- étudiant(e)

- personne au foyer

- (pré-) retraité(e)

• Si vous êtes chômeur ou retraité, quelle était votre profession ou celle exercée le plus longtemps ?

• Depuis combien de temps n'exercez-vous pas d'activité professionnelle ? - 1 an

- 2 ans

- 3 ans et plus

- n'a jamais travaillé

• Bénéficiez-vous de la couverture maladie universelle (CMU) ? oui non

• Bénéficiez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle) ? oui non

• Etes-vous ou avez-vous été exposé à des nuisances ? (cochez les cases correspondantes)

actuelle antérieure

- bruit

- poussières

- silice

- amiante

- benzène

- produits toxiques

- autres

• Travaillez-vous ?

- de jour

- de nuit

- en poste

- sans horaire fixe

• Travaillez-vous ?

- à temps plein

- à temps partiel

Suivi

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

Suivi

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

Suivi

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

Suivi

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un dentiste ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage

• Ces 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin (généraliste ou spécialiste) ?

- jamais

- 1 fois l'an

- 2 fois par an

- davantage